Ein Fall von Lupus vulgaris unter dem Bilde des Lupus erythematosus.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Rudolf Thoma,
approb. Arzt aus Basel.

München, 1902.
Kgl. Hof- und Universitätsbuchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Ein Fall von Lupus vulgaris
unter dem Bilde des Lupus erythematosus.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Rudolf Thoma,
approb. Arzt aus Basel.

München, 1902.
Kgl. Hof- und Universitätsbuchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität München.

Referent: Herr Professor Dr. Ritter von Bauer.

Bis heute blieb die Frage nach den Krankheitserregern des „Lupus erythematosus“ ungelöst. Seit den letzten Jahrzehnten haben sich unter den modernen Dermatologen gewissermassen zwei Parteien herausgebildet, von denen die eine, zum grössten Teil der französischen Schule angehörig, den Tuberkelbacillus, sei es direkt oder indirekt, mit seiner Toxinwirkung oder als „Zoogloea tuberculosa“, einer andern Keimform des Tuberkelbacillus, für die Erregung des Lupus erythematosus verantwortlich machen möchte, während die andere Partei jeglichen ursächlichen Zusammenhang mit der Tuberkulose entschieden verneint.

In Deutschland beschrieb Hebra zum erstenmal diese Erkrankung der Haut unter dem Namen Seborrhoea congestiva, und einige Jahre später gab ihr der französische Dermatologe Cazenave den heute allgemein gebrauchten Namen „Lupus erythematosus“, indem er sie wegen der tiefgreifenden Veränderung der Haut und der Narbenbildung unter den Begriff Lupus reihte und ihr wegen der gleichmässigen Rötung das Epitheton érythémateux beilegte. (Cazenave: Annales des maladies de la peau et de la Syphilis 1850.) Hebra nahm später diese Bezeichnung an und führte sie in Deutschland ein.

Cazenave beschreibt den „Lupus érythémateux“ als eine Erkrankung der Haut, die vornehmlich bei jungen Individuen weiblichen Geschlechts, die sonst gesund sind, vorkommen soll. Sie beginnt mit einem papulösen Punkte, der sich allmählich exzentrisch vergrössert. Gewöhnlich hat

diese Form des Lupus die Gestalt runder, die Oberfläche ein weniges überragender Plaques, von 2—3 cm Durchmesser, deren Ränder gegen das etwas vertiefte Centrum erhaben erscheinen. Die Rötung der Haut ist eine gleichmässige. Nach der Heilung bleibt eine vertiefte Narbe zurück. Lieblingssitz der Erkrankung ist das Gesicht. (Cazenave: Forme de Lupus et son traitement.)

Im Jahre 1872 (Archiv für Dermatologie und Syphilis) gab Kaposi den beiden verschiedenen Formen des Lupus erythematosus, die er schon früher kannte und beschrieb, zur bessern Unterscheidung die Namen „Lupus erythematosus discretus et aggregatus“ und „Lupus erythematosus discoides“. Auf eine nähere Begründung der Bezeichnung dieser beiden Formen brauche ich wohl nicht einzugehen.

Die ersten mikroskopischen Untersuchungen des Lupus erythematosus veröffentlichte „Neumann“ (Lehrbuch der Hautkrankheiten, Wiener medizinische Wochenschrift 1863), der nichts von tuberkulösen Elementen erwähnt. Ihm folgten zahlreiche Berichte anderer Autoren. Dieselben ergaben, dass die Erkrankung, nicht nur von den Hautdrüsen ihren Ausgang nehmen könne, sondern von allen Gebilden der Haut, nach Morrison sogar von den Nerven und alle Schichten der Haut, bis in das Unterhautzellgewebe beanspruchen könne.

Nach der Entdeckung des Tuberkelbacillus durch Koch verwandte man natürlicherweise die grösste Sorgfalt darauf, auch bei Lupus erythematosus den gemutmassten Tuberkelbacillus nachzuweisen, von dem man argwöhnte, dass er die Krankheitsursache sei. Dies ist noch in keiner Weise gelungen. Es fehlen in dem mikroskopischen Bilde völlig jene charakteristischen Tuberkelgebilde des echten tuberkulösen Lupus, es gibt keine massenhafte Anhäufung von Wanderzellen, keine Riesenzellen und keine Spur von käsiger Degeneration.

Als im Jahre 1890 Koch die Entdeckung des Tuberkulins bekannt gegeben hatte und dessen Wert für die Erkennung tuberkulöser Erkrankungen genügend gewürdigt worden war, lag es natürlicher Weise nahe, die charakteristische Tuberkulinreaktion zur Erkennung der vermutlich tuberkulösen Natur des Lupus erythematosus zu verwerten. Dies geschah auch in ausgiebiger Weise; doch sind die darüber veröffentlichten Berichte keineswegs übereinstimmend und lösen die Frage der Herkunft des erythematösen Lupus nicht.

Jadassohn bespricht in den „Ergebnissen der speziellen pathologischen Morphologie und Physiologie der Sinnesorgane (herausgegeben von Lubarsch & Ostertag, Wiesbaden 1896), dass die Frage nach der Ätiologie des Lupus erythematosus noch als ungelöst zu erachten ist; er selbst hebt ausdrücklich hervor, dass für einen Zusammenhang mit der Tuberkulose noch kein einwandsfreies Beweismaterial eingebracht worden sei. Er führt folgende Punkte auf, die von den verschiedenen Parteien als Beweis beziehungsweise als Gegenbeweis eingeführt worden sind:

I. Für den Zusammenhang des Lupus erythematosus mit der Tuberkulose sprechen:

1. Der Lupus erythematosus tritt vorzugsweise oder fast nur bei tuberkulös erkrankten oder belasteten (skrophulösen) Individuen auf.
2. An Lupus erythematosus Leidende erkranken häufig an Tuberkulose, speziell an tuberkulösen Drüsenaffektionen; sie sterben oft an Tuberkulose.
3. Das klinische Bild ist dem des Lupus vulgaris, des sicher tuberkulösen Lupus sehr ähnlich.
4. Es gibt Übergänge zwischen beiden Krankheiten.
5. Der Lupus erythematosus kann auf Tuberkulin reagieren.

II. Gegen den Zusammenhang des Lupus erythematosus mit der Tuberkulose sprechen:

1. Tuberkulöse Erkrankung und Belastung sind bei Patienten mit Lupus erythematosus nicht häufiger als bei anderen.
2. Eine Erkrankung solcher Patienten an Tuberkulose ist eine teils zufällige, teils — bei den akuten universellen Formen — eine durch die Depravation des gesamten Organismus bedingte oder provozierte Komplikation.
3. Typische Fälle von Lupus erythematosus und Lupus vulgaris sind leicht zu unterscheiden.
4. Die vermeintlichen Übergänge zwischen beiden Krankheiten beruhen auf Irrtümern in der Diagnose.
5. Die Reaktion auf Tuberkulin ist meist nicht eingetreten.
6. Der histologische Bau des Lupus erythematosus ist von dem des Lupus vulgaris vollständig verschieden; es sind in sicheren Fällen von Lupus erythematosus weder mikroskopisch noch kulturell Bazillen nachgewiesen worden, noch sind Inoculationsversuche geglückt.

Wie aus obigem hervorgeht, gehen schon beim ersten Punkt die Meinungen der Dermatologen weit auseinander. Während Cazenave den Lupus erythematosus vorwiegend bei jugendlichen, sonst gesunden Frauenzimmern findet, gibt Kaposi, dessen Ansicht auch Neumann teilt, zu; dass dieser krankhafte Prozess überwiegend skrophulöse Individuen befalle, schränkt aber dieses Zugeständnis in der Weise ein, dass er sagt: „Allein gar nicht selten findet man bei geradezu wohlgenährten, kräftig entwickelten Personen diese Erkrankung“ (Kohn [Kaposi], zum Wesen und zur Therapie des

Lupus erythematosus, Archiv für Dermatologie und Syphilis, I. Jahrgang). Bei 30 Fällen von Lupus erythematosus fand Th. Veiel, der in seiner Inauguraldissertation darüber berichtet, nur zehn mit ausgesprochener Skropkulose behaftet.

Auch im zweiten Punkt sind die Meinungsverschiedenheiten dieselben. Es wäre ja auch damit, dass die beiden obigen Behauptungen als Thatsachen beständen, nicht viel erreicht. Denn einerseits kann man doch gewiss nicht davon sprechen, dass der Lupus erythematosus deshalb tuberkulöser Natur sein soll, weil er häufig bei tuberkulösen oder skrophulösen Personen auftritt, suchen ja doch viele Hautkrankheiten mit Vorliebe durch tuberkulöse Prozesse geschwächte Individuen auf, andererseits könnte doch auch, besonders bei der disseminierten Form des Lupus erythematosus, die ja häufig mit bedrohlichen, ja letal endenden Allgemeinerscheinungen auftritt, durch die erschöpfende Wirkung der Erkrankung ein günstigeres Angriffsfeld für spätere tuberkulöse Infektion geschaffen werden.

Punkt 6, von der gegnerischen Seite aufgestellt, ist heute wohl der einzige unbestrittene. So lassen sich bei Neumanns Bericht über die mikroskopische Untersuchung excidierter Hautstückchen tuberkulöse Elemente völlig vermissen.

Morrison kommt auf Grund eingehender Untersuchungen (Rob. B. Morrison, Histologische Untersuchungen über Lupus erythematosus; Cazenave, Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis 1886) zu dem Schlusse, dass die einzige Gemeinschaft zwischen den beiden Krankheiten die beiden zukommende Entzündung sei. Von dem echten Lupus sei der erythematöse leicht durch den Mangel von Wanderzellenanhäufung, von Riesenzellen und von käsiger Entartung zu unterscheiden.

Miethke gibt an (Ein Beitrag zur Histologie des Lupus erythematosus, Inaugural-Dissertation 1889), dass die nach

verschiedenen Methoden angestellten Untersuchungen auf Mikroorganismen negativen Erfolg hatten.

Auf die übrigen, im obigen nicht besprochenen Punkte näher einzugehen, werde ich mir später die Freiheit nehmen.

Gerade die Behauptung, dass typische Fälle von Lupus erythematosus und Lupus vulgaris leicht von einander unterschieden werden, gab mir die Hoffnung, dass es vielleicht nicht ganz uninteressant wäre, nachstehenden, mir von Herrn Privatdozenten Dr. Jesionek gütigst mitgeteilten und überlassenen Fall bekannt zu geben.

A. St., Lehrmädchen, 15 Jahre alt, meldete sich am 8. November vorigen Jahres zur Aufnahme in dem hiesigen Krankenhause l. d. Isar und wurde der dermatologischen Abteilung überwiesen.

Patientin gibt an, sie habe das Krankenhaus aufgesucht, weil sie Fieber habe und ihr Gesicht seit drei Tagen „geschwollen“ sei. Frost habe sie nicht gehabt. Bezüglich eines Krankheitsherdes auf der linken Wange, der zweifellos älteren Datums ist, gibt die Kranke auf Befragen an, dieser bestehe seit ungefähr einem Jahre. Eine Narbe rechts vor dem Ohre rühre von einem Abscess her, den sie vor sechs bis sieben Jahren gehabt habe; sonst will sie immer gesund gewesen sein.

Die anamnestischen Angaben der Patientin sowohl als auch ihrer Mutter sind äusserst ungenau. Die Kranke ist ein ausserehеliches Kind und bei fremden Leuten aufgewachsen. Über genauere hereditäre Verhältnisse lässt sich nichts eruieren.

Status praesens am 9. XI. 1901.

Patientin ist ein in der Entwicklung körperlich und geistig zurückgebliebenes Individuum, von infantilem Habitus und kindlichem Benehmen; ihr geistiges Niveau ist ein sehr geringes. Der Kopf erscheint im Verhältnis zum übrigen

Körper sehr gross, der Gesichtsausdruck ist ein stupider. Auffallend ist eine sehr beträchtliche Behaarung der Haut am Rücken. Die Zähne sind normal entwickelt.

Die Wangen sind livide verfärbt, so dass es auf den ersten Blick erscheinen möchte, als ob es sich bei Patientin um ein in Rückbildung begriffenes Erysipel handele. Doch fehlen flammen- oder zackenartige Fortsätze an der Peripherie der diffus geröteten Flächen. Beim Zufühlen ist eine wesentliche lokale Temperaturerhöhung nicht zu konstatieren. Die verfärbten Hautpartien an den Wangen fühlen sich resistenter an, als die Umgebung. Die normalen Falten und Furchen sind etwas verstrichen. Ein Ödem der Augenlider besteht nicht, wohl aber ist die Haut über der Glabella etwas ödematös geschwellt. Auf der linken Wange, neben dem Nasenflügel findet sich ein pfennigstückgrosser, kreisrunder, scheibenförmiger Krankheitsherd. Aus der livid verfärbten Umgebung differenziert er sich deutlich durch seine zart rote Farbe. Im Zentrum ist derselbe flach eingesunken, die Peripherie erscheint wallartig erhaben. Hier sind derbe, kleine Schüppchen aufgelagert. Entfernt man dieselben, was nicht ohne Mühe geschieht, so erkennt man, dass dieselben an ihrer unteren Fläche zapfenartige Fortsätze aufweisen, welche an der Haut trichterförmigen Vertiefungen entsprechen. Irgendwelche einzelne Gebilde — Knötchen oder Bläschen — sind an diesem Krankheitsherde nicht zu sehen. In der linken Präauriculargegend ein oberflächliches, bohnengrosses Geschwür, seicht, bedeckt mit einer dünnen, bräunlichen Kruste; um diese Kruste herum ist ein rotbrauner Wall, auf dem einzelne Schüppchen sich befinden, deren Abstreifung leicht gelingt und die keine zapfenartigen Fortsätze aufweisen; hier sind an der Peripherie stecknadelkopfgrosse, einzeln stehende, braunrote Flecke und Knötchen vorhanden, die sich ohne weiteres als kleine Lupusknötchen darstellen.

Eine kleinere Anzahl von Narben befindet sich noch an der Haargrenze, am Kinn; auch in der rechten Präauricular-gegend ist eine seichte Narbe. An der Peripherie dieser letzteren Narbe, die wenig unter das Niveau der Umgebung eingesunken erscheint, ein paar rotbraune, typische, stecknadelkopfgrosse Lupusknötchen.

Auf der rechten Hand zeigen sich zahlreiche Warzen, an den Fingern sind hauptsächlich die Gegenden der Streckseiten der Gelenke mit solchen besetzt. Eigenartig ist ein Krankheitsherd auf dem Handrücken. Es findet sich da eine nahezu kreisrunde, zweimarkstückgrosse Narbe, die umrandet ist von Warzen. Neben diesen Warzen, also an der Grenze des Narbengewebes, aber auch an einigen Stellen des medialen Teiles der Narbe, im Niveau der Oberfläche gelegen, ein paar einwandfreie Lupusknötchen. Es muss an dieser Stelle hervorgehoben werden, dass es sich nicht etwa gehandelt hat um die verrucöse, sondern um die wahre vulgäre Form des Lupus, zweifellos an der Peripherie eines ursprünglichen Lupusherdes.

Eine wesentliche Störung des Allgemeinbefindens bestand bei der Aufnahme nicht. Die Temperaturen am 8. XI. waren: 37.8, 38.1, 38.0, 37.7.

Am 9. XI. 36.8, 36.8, 38.0, 37.7.

Hinsichtlich der inneren Organe war links hinten oben über der Lunge eine Dämpfung zu diagnostizieren, über welcher das Atmungsgeräusch einen bronchialen Charakter hatte und auf der Höhe des Inspiriums feinblasige Rasselgeräusche zu hören waren.

Am 10. XI. erreichte die Temperatur nicht 37.0. Das Allgemeinbefinden war ungestört. Die scheinbar erysipelatösen Erscheinungen waren verschwunden.

Am 11. XI. konnte an den Wangen nur mehr das Vorhandensein einer mässig derben Resistenz im Bereiche der

früher livid verfärbten Hautpartieen konstatiert werden. Über derselben fand leichte Abschilferung der Oberhaut statt. Der ganze Eindruck dieser Affektion war der, als ob es sich um einen leichten Grad der Erfrierung gehandelt habe.

Der Herd auf der linken Wange unterschied sich von den anderen krankhaften Herden, die zweifellos lupöser Natur waren, auf den ersten Blick durch seine zart rosarote Farbe und durch seine scheibenartige Form. Nirgends waren hier Knötchen zu sehen, welche an Lupus vulgaris auch nur im entferntesten hätten denken lassen können. Dagegen entsprach die Efflorescenz voll und ganz den Scheiben, wie wir sie bei Lupus erythematosus sehen. Insbesondere der periphere Wall mit seinen derben, in den Follikularmündungen festsitzenden Zäpfchen, mit seiner punktierten Beschaffenheit dort, wo die Schüppchen abgefallen waren, dann aber auch die zentrale, flache Einsenkung erinnerte vollkommen an Lupus erythematosus discoides. Es war nicht der geringste Anhaltspunkt dafür gegeben, anzunehmen, dass die scheibenförmige Efflorescenz hervorgegangen wäre aus der Confluenz einzelner primärer Knötchen, so dass jetzt eventuell eine diffuse lupöse Infiltration der Aspektion vorgelegen wäre. Schon die ausgesprochen rosarote Farbe kontrastierte auf das lebhafteste mit dem derben Infiltrat der linken Präauriculargegend. Der Wall der scheibenartigen Efflorescenz fühlte sich eher weich an als resistent.

Die weitere Untersuchung der ganzen Körperoberfläche ergab das Vorhandensein von zahlreichen älteren Narben, die unzweifelhaft auf frühere tuberkulöse Prozesse an der Haut, im Unterhautzellgewebe und an den Knochen zurückzuführen waren. In der Gegend des Sulcus bicipitalis internus des rechten Armes war eine weissliche, unter das Niveau der Umgebung eingesunkene Narbe, umgeben von einzelnstehenden, typischen, braunroten Lupusknötchen. An einer

anderen Stelle dieses Armes, über dem Olecranon war neben Narben ein diffuses, braunrotes, weiches Infiltrat vorhanden, das leichte Abschilferung zeigte und an einer Stelle seiner Peripherie einen geschwürigen Zerfall aufwies. Auf dem behaarten Kopfe neben mächtiger Behaarung sehr starke Abschilferung seborrhoischen Charakters. Auf der linken Seite der Oberlippe ein gewöhnlicher Herpes labialis im Stadium der Eintrocknung.

Unter indifferenter Behandlung war bis zum 26. XI. die ursprüngliche, diffuse flächenhafte Erkrankung an der Haut des Gesichtes so vollkommen zurückgebildet, dass keine Spur mehr davon übrig geblieben war. Über den lupösen Stellen waren durch Borsäureverbände die Geschwürsflächen von ihren Krusten befreit und die Schüppchen entfernt worden. An der linken Wange wies die Affektion, die an Lupus erythematosus discoides erinnerte, keine Spur von Veränderung innerhalb dieser Zeit auf. Die klinischen Eigenschaften des Bildes hier waren so einwandsfrei und ausgesprochen, dass dieser Herd in der dermatologischen Klinik als Lupus erythematosus discoides demonstriert werden konnte, unter ausdrücklicher Betonung der Eigentümlichkeit im Krankheitsbilde, dass sich hier neben ausgesprochenen, lupösen Herden eine Efflorescenz des Lupus erythematodes discoides finde.

Am 26. XI. wurden die lupösen Herde mit dem scharfen Löffel ausgekratzt und mit dem Thermocauter verschorft; die einzeln hier und dort zerstreuten Lupusknötchen wurden mit dem galvanokaustischen Mikrobrenner zerstört. Der pfennigstückgrosse Herd an der linken Wange wurde in toto exstirpiert und die Wunde durch die Naht geschlossen.

An dieser Stelle erfolgte Heilung per primam, während im weiteren Verlauf der Beobachtung die einzelnen Schorfe in normaler Weise zur Abstossung und die gesetzten Substanzverluste zu glatter Heilung kamen. Während der Monate

Dezember 1901 und Januar 1902 traten im Bereiche älterer Krankheitsherde und Narben immer wieder einzelne kleine Lupusknötchen auf, die das charakteristische, typische Bild dieser Efflorescenzen in ihrer Entstehung zeigten. An der Stelle, an der die Excision vorgenommen worden war, blieb die Haut neben der Narbe normal. An der rechten Hand wurden während des Januars einzelne der Warzen excidiert, andere galvanokaustisch zerstört.

Am 7. II. 1902 trat die Kranke aus dem Krankenhause aus, kam aber noch längere Zeit zur Beobachtung. Am linken Arm waren ein paar neue Lupusknötchen aufgetreten, aber an der Stelle, an welcher sich die Lupus erythematosus discoides Efflorescenz befunden hatte, haben neue krankhafte Veränderungen sich in keiner Weise geltend gemacht.

Die mikroskopische Untersuchung des excidierten Stückes aus der linken Wange ergab nun das ausgesprochene Bild tuberkulöser, das heisst rein lupöser Erkrankung des Gewebes, von umschriebenem, aus epithelioiden und Rundzellen bestehendem Granulationsgewebe in der Cutis. Sein charakteristisches Gepräge erhält dies dadurch, dass sich in ihm ausgesprochen typische Tuberkel in grösserer Anzahl mit reichen Riesenzellen befinden.

Die in den höheren, gleichwie in den tieferen Schichten gelagerten Tuberkel stellen sich dar als kleine, umschriebene runde Herde von Zellen epithelioiden Charakters. In der Mitte umschliessen diese epithelioiden Elemente für gewöhnlich eine grosse Riesenzelle. Eingebettet liegen diese Tuberkel in einem netzförmig angeordneten Infiltrat, das im wesentlichen aus Rundzellen besteht. Dieses Rundzelleninfiltrat scheint sowohl dort, wo es die ganze Ausdehnung der Cutis betroffen hat, als auch in den peripheren Partieen, wo seine Anordnung weniger dicht und mehr strangförmig ist, sich hauptsächlich an den Verlauf der Gefässe zu halten. Wenn

gleich zum weitaus grössten Teil aus Rundzellen bestehend, sind doch auch einzelne unregelmässig zerstreut liegende epithelioide Elemente den lymphocytischen Elementen beigemengt. Besonders deutlich tritt dieses Verhalten zu Tage an den Präparaten, die nach Unna mit polychromsaurem Methylenblau behandelt worden sind. Wenigstens sieht man hier den Lymphocyten „Plasmazellen“ allenthalben beigemengt, hauptsächlich direkt um die Gefässlumina herum. Auch in den dichtgedrängten diffusen Infiltrationen scheinen bei der Färbung wie oben die hauptsächlichsten Komponenten der Tuberkel aus solchen „Plasmazellen“ zu bestehen.

Der Gefässreichtum der Granulationsgeschwulst ist ein sehr grosser zwischen den Tuberkeln und auch in sie hinein sich erstreckend, finden sich Längs- und Querschnitte erweiterter Gefässe; nicht bei allen, aber bei sehr zahlreichen Gefässdurchschnitten erscheint es, als ob die Endothelien beträchtlich geschwellt, bläschenartig aufgequollen wären.

Die Epidermis ist in ihrem ganzen Umfange im Bereich der pathologischen Vorgänge verschmächtigt und verkleinert. Die Rete-Zapfen sind nicht gewuchert, sondern im Gegenteil von oben nach unten komprimiert. Innerhalb des Rete Malpighi finden sich haufenweise, oder aber auch einzeln, Zellen, an welchen sich hydropische Schwellung, die „Altération cavitaire“ Léloirs, sehr deutlich dokumentiert. Ausserdem finden sich zwischen den Epidermiszellen an verschiedenen Stellen in verschiedener Mächtigkeit Wanderzellen eingelagert.

Was das elastische Netz der Cutis betrifft, so scheint dasselbe bei den Partieen, die dem zentralen Teil der scheibenförmigen Efflorescenz entnommen sind, vollständig zu Grunde gegangen zu sein. In den Präparaten aus der wallartigen Zone dagegen finden sie sich zum Teil noch gut erhalten, gut färbbar, stark auseinander gezogen und auseinander gedrängt.

Die Schweissdrüsen scheinen von den krankhaften Vorgängen nicht berührt zu sein, wohl aber machen sich degenerative und destruktive Veränderungen an den Talgdrüsen bemerkbar. Diese erscheinen zum grössten Teil von Wanderzellen durchwuchert und stellenweise scheint es zur völligen Abschnürung einzelner Epithelteile der einzelnen Drüsen gekommen zu sein.

Aus dem eben beschriebenen Fall, der wohl alle von dem klinischen Bild des Lupus erythematosus verlangten Bedingungen voll und ganz erfüllt hat, geht nun deutlich hervor, dass selbst in sogenannten, typischen Fällen die Diagnose aus dem klinischen Bilde allein, ohne Zuhilfenahme der mikroskopischen Untersuchung, zu stellen zum mindesten sehr schwierig, wenn nicht geradezu unmöglich sein kann. Die Diagnose Lupus vulgaris wäre hier wohl nahe gelegen, wo in der nächsten Umgebung und auch sonst genug echt lupöse Herde mit Leichtigkeit erkannt werden konnten. Die Efflorescenz an der linken Wange bot aber einen von den übrigen krankhaften Veränderungen der Haut so verschieschiedenen Anblick dar, dass es nicht möglich war, sie mit den übrigen Erscheinungen unter einen Rahmen zu bringen.

Dass vielleicht ein Mangel an Erfahrung oder an Sorgfalt der Untersuchung an der fälschlich gestellten Diagnose die Schuld gewesen sei, dürfte an einer dermatologischen Klinik einer Stadt von der Einwohnerzahl Münchens ausgeschlossen erscheinen, die mit einigen anderen Städten Deutschlands wohl das reichste Material an lupösen Erkrankungen stellt. Es wurde der Fall, wie bereits erwähnt, thatsächlich vorgestellt wegen der Eigentümlichkeit, dass sich hier neben typischem Lupus erythematosus discoides typischer Lupus vulgaris finde.

Hätte die mikroskopische Untersuchung die Bestätigung der Diagnose ergeben, so wäre der Fall eben einer jener

gewesen, die bei tuberkulösen Individuen angeblich mit Vorliebe vorkommen. Nachdem aber das Gegenteil sich bestätigt hat, so dass es sich um echten Lupus vulgaris handelte, so liegt doch die Frage sehr nahe, ob nicht vielleicht in manchen jener Fälle, in denen die Differentialdiagnose zwischen beiden Erkrankungen als schwierig befunden wurde, die aber der Gruppe des Lupus erythematosus zugewiesen worden sind, des öftern die allein ausschlaggebende mikroskopische Untersuchung excidierter Hautstücke unterblieben ist, dass es sich also in Wahrheit um echten Lupus vulgaris gehandelt hat. Hieher zähle ich namentlich die von französischer Seite angenommenen Übergangsformen. Vidal, der früher Übergangs- oder Mischformen von Lupus erythematosus und Lupus vulgaris annahm, gab später selbst diagnostische Irrtümer zu und erwähnt einen Fall, den er selbst anfänglich für Lupus erythematosus ansah, der sich aber im Verlauf der Beobachtung als Lupus vulgaris entpuppte (E. Vidal, Réunions des médecins de St. Louis; tirage à par des comptes rendus.)

Einen ähnlichen Fall veröffentlichte Léloir mit Cornil: Ein Fall von Lupus erythematosus, bei dem Inokulationsversuche geglückt waren; das Versuchstier ging nach einigen Wochen an akuter allgemeiner Miliartuberkulose zu Grunde. In den Knötchen fand man Tuberkelbazillen. Das wurde natürlicherweise benützt, die tuberkulöse Natur der Erkrankung zu beweisen. Léloir selbst aber berichtet, dass es sich hier nicht um reinen Lupus erythematosus gehandelt hat, da dieser einige tuberkulöse Knötchen enthalten habe. (Léloir, Archives de pysiologie, Paris 1884.)

Die von Léloir als „Lupus erythematosus“ bezeichnete Form des tuberkulösen Lupus ist es, schreibt von Düring (in Eulenburgs Realencyklopädie der gesamten Heilkunde), die zur Verwechslung mit dem Lupus erythematosus, von

dem sie sich klinisch durchaus unterscheidet. Jedem, der Gelegenheit gehabt hat, sich in Frankreich selbst davon zu überzeugen, was dort als Lupus erythematosus bezeichnet wird, ist es klar, wodurch die Differenz in den Anschauungen zwischen der französischen und deutschen Schule über die Natur des Lupus erythematosus veranlasst ist. Was wir in Deutschland als Lupus erythematosus bezeichnen, ist das „Erythème centrifuge“ Bèetts, die Seborrhoea congestiva Hebrás; die Franzosen beziehen hieher eine ganze Reihe oberflächlicher, vernarbender, desquamierender Formen des Lupus, die bei uns als Lupus vulgaris und als tuberkulös gelten. Demgemäss haben die Franzosen Recht, in gewissem Sinne, wenn sie den Lupus erythematosus als echten tuberkulösen Lupus bezeichnen — sie reihen unter dieser Bezeichnung aber zweierlei Affektionen: Einmal Fälle, die wir als Lupus vulgaris bezeichnen, und andererseits Fälle von „Erythème centrifuge“, die sicherlich nicht tuberkulöser Natur sind. Übrigens sprechen gerade die Untersuchungen Séloirs durchaus nicht für die tuberkulöse Natur der von den französischen Dermatologen als Lupus erythematosus bezeichneten Affektion. Séloir fand bei zwölf untersuchten Fällen niemals Tuberkelbazillen, und sechs Impfungen, zum Teil in die Bauchhöhle von Meerschweinchen, zum Teil in die vordere Augenkammer von Kaninchen, blieben erfolglos.

Gewiss verhält es sich auch so mit denjenigen Fällen, von denen berichtet wurde, dass sie die Tuberkulinreaktion gezeigt hätten. Es sind dies verhältnismässig nur wenige Fälle. Veiel teilt mit, er selbst habe keinen einzigen Fall von Lupus erythematosus lokal, nur einen einzigen allgemein reagieren sehen. Bei den seltenen Fällen, die eine positive Reaktion ergeben hätten, handelte sich es zum Teil möglicherweise um einen Irrtum in der Differentialdiagnose zwischen Lupus erythematosus und Lupus vulgaris, oder um Personen,

die neben ihrem Lupus erythematosus an Tuberkulose anderer Organe gelitten hätten (Bericht über die Verhandlung des II. dermatologischen Kongresses, Wien 1892, von Dr. G. Riehl.) An drei Fällen von Lupus erythematosus wurden in der Strassburger Klinik Tuberkulininjektionen gemacht, die ein negatives Resultat ergaben. (Hergott, über die Natur des Lupus erythematosus, Inaugural-Dissertation, Strassburg 1896.)

Im Jahre 1893 wurde ein Fall von Lupus erythematosus veröffentlicht, der deutliche lokale, wie allgemeine Tuberkulinreaktion zeigte. Das Bild der Erkrankung sei ein derartig charakteristisches gewesen, dass die Natur des Leidens auf den ersten Blick erkannt werden musste. Ob eine mikroskopische Untersuchung die Diagnose bestätigt hatte, ist mir nicht bekannt.

Die Behauptung, dass typische Fälle von Lupus erythematosus und Lupus vulgaris leicht zu unterscheiden seien, bedarf der Einschränkung, dass erst die Untersuchung excidierter Hautstückchen die richtige Diagnose, dann aber mit Sicherheit, ermöglicht, ferner dass unter Umständen das klinische Bild eines Lupus vulgaris dem des Lupus erythematosus derartig zu gleichen vermag, dass es unmöglich ist, aus den klinischen Anhaltspunkten allein die Differentialdiagnose zu stellen.

Zum Schlusse erübrigt mir noch die angenehme Pflicht, Herrn Privatdozenten Dr. Jesionek für die gütige Mitteilung und Überlassung des Falles meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, Rudolf Thoma, bin geboren am 3. April 1875 zu Basel als Sohn der Bankbeamtenseheleute Joseph und Therese Thoma, geborene Kuhn. Ich besuchte die Deutsche Schule, hernach das Ludwigs- und Luitpoldgymnasium zu München, welch letzteres ich im Juli 1895 absolvierte. Ich begann hierauf mein medizinisches Studium zu München, ging dann im fünften Semester (1897) nach Marburg, wo ich mich den darauffolgenden Mai der ärztlichen Vorprüfung unterzog. Winter 1898 kam ich nach München zurück und begann Dezember 1900 das medizinische Staatsexamen, das ich wegen langer schwerer Krankheit erst im heurigen Sommer beendigen konnte.

Meine Lehrer waren in München die Herren Professoren: Dr. v. Angerer, von Baeyer, von Bauer, von Bollinger, Bumm, Goebel, Hertwig, von Kupffer, Mollier, Kopp, Ranke, Rüdinger, v. Stubenrauch, Stumpf, Seitz, von Tappeiner, Schech, von Winckel, von Ziemssen.

In Marburg: Geheimrat Gasser, Ahlfeld, Professor Dr. Müller, Meyer, von Kosselt, Zumstein.

Allen diesen hochverehrten Lehrern meinen tiefgefühlten Dank.